LOS ANGELES COUNTY SUBSTANCE USE DISORDER SPECIALTY CARE PLAN

Форма подтверждения ознакомления участника

ЧТО ТАКОЕ СПРАВОЧНИК УЧАСТНИКА И ОЗНАКОМИТЕЛЬНОЕ ВИДЕО?

В Справочнике участника содержится полное описание льгот и преимуществ по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в рамках плана специализированной медицинской помощи при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, округа Лос-Анджелес (или «План Округа»), включая: кто имеет право на получение помощи и какие услуги предоставляются бесплатно. Бесплатная печатная копия Справочника участника крупным шрифтом и на других языках доступна у Вашего поставщика медицинских услуг или ее можно скачать по адресу **http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm?hl.**

Ознакомительном видео для участников легко и доступно объясняет содержание Справочника участника, и в нем описываются основные льготы и преимущества, доступные Вам в рамках программы «План Округа».

ВАШИ ПРАВА

Как зарегистрированный участник программы «План Округа», Вы имеете право на получение необходимых по медицинским показаниям услуг по лечению зависимости от психоактивных веществ. Полный перечень Ваших прав доступен в Вашем Справочнике участника. Вы имеете право на:

- Свободу от психологического и физического насилия, эксплуатации, принуждения и физического сдерживания
- Защиту и конфиденциальность Вашей медицинской информации
- Участие в принятии решений, касающихся Вашего лечения, включая право на отказ от лечения
- Получение медицинской помощи в условиях, обеспечивающих безопасность и соблюдение этических норм
- Подачу жалобы (или претензии)
- Свободное использование этих прав, не опасаясь, что это негативно повлияет на отношение к Вам

ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ

Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес, Substance Abuse Prevention and Control (SAPC), и лечебные учреждения, работающие с ним по договору, соблюдают федеральные законы и законы штата Калифорния о гражданских правах, запрещающие дискриминацию. Вы можете сообщить о нарушениях в центр по реализации программы «План Округа», используя контактную информацию, предоставленную на следующей странице.

БЕСПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ПО ЛЕЧЕНИЮ

Если Вы являетесь зарегистрированным участником программы «План Округа», Ваш поставщик медицинских услуг не имеет права требовать от Вас оплаты за оказание каких-либо услуг, описанных в Вашем Справочнике участника. Это означает: • Никаких сборов • Никаких депозитов • Никаких расходов, за исключением тех, которые предусмотрены Вашей программой льгот и преимуществ «Medi-Cal».

ПОРТАЛ СИСТЕМЫ ДОСТУПА ПАЦИЕНТОВ

Вы можете получить доступ к своим данным об употреблении психоактивных веществ либо напрямую, либо через одобренные Вами сторонние приложения из системы электронных медицинских карт Плана Округа. Ваш поставщик медицинских услуг предоставит информацию о том, как получить доступ к Порталу системы доступа пациентов.

▶ ЖАЛОБЫ/ПРЕТЕНЗИИ И АПЕЛЛЯЦИИ

Если Вы считаете, что с Вами обращаются ненадлежащим образом или Вам отказали в услуге, указанной в Справочнике участника, Вы можете подать жалобу. Если Вы не согласны с решением, принятым относительно Вашего лечения, Вы можете обжаловать это решение.

Подача апелляции или жалобы не окажет негативного влияния на Ваше лечение или качество получаемых Вами медицинских услуг. Вы можете подать апелляцию или жалобу в центр по реализации программы «План Округа» или сетевому поставщику по электронной почте, обычной почте, телефону или факсу.

▶ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

План Округа	Контактная информация поставщика медицинских услуг
Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control 1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor Alhambra, California 91803 MemberServices@ph.lacounty.gov **(Телефон) 1-888-742-7900; press 7** **(Факс) 1-626-458-6692** Формы доступны по адресу: http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm	Enter Agency Name Enter Contact (Division or Person) Enter Email Address Enter Street Address Enter City, State, Zip Enter Agency Website OR SAPC Website Phone Fax Формы доступны по адресу: Enter Agency Website OR SAPC Website

▶ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

(1) Я получил(а) копию этой формы, И

(2) был(а) проинформирован(а) о льготах и преимуществах на лечение в рамках программы «План Округа» (отметьте все подходящие варианты):

- ☐ Я посмотрел(а) ознакомительное видео по Справочнику участника
- ☐ Мне показали, как найти Справочник участника на веб-сайте центра по реализации программы «План Округа»
- ☐ Мой поставщик медицинских услуг рассказал мне о льготах и преимуществах, описанных в Справочнике участника
- ☐ Мой поставщик медицинских услуг рассказал мне о преимуществах Портала системы доступа пациентов.
- ☐ Мне предоставили информацию о том, как получить доступ к Порталу системы доступа пациентов.

Участник:

ФИО печатными буквами (разборчиво)	Подпись	Дата (мм/дд/гггг)

Provider Staff:

ФИО печатными буквами (разборчиво)	Подпись	Дата (мм/дд/гггг)